R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Primäres Leberkarcinom.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT BASEL VORGELEGT VON

ROMAN PNIEWSKI AUS WARSCHAU (POLEN)

VON DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT BASEL GENEHMIGT AUF ANTRAG VON PROF. DR. R. STÄHELIN.

Das primäre Karcinom der Leber ist gegenüber dem sekundären eine seltene Krankheit. Dies beweisen am einwandfreiesten folgende Statistiken.

Pathologisches Institut der Universität Basel:

Jahrgang	Allg. Zahl der Autopsien	Zahl der prim. Leberkrebse	Zahl der sekund. Leberkrebse	Allg. Zahl der Leberkr.
1910	662	2	14	16
1911	734	1	32	33
1912	762	2	2	4
1913	690	3	13	16
1914	640	1	22	23
1915	664	2	4	6
1916	604	2	2	4
1917	704	2	26	28
1918	1080	1	35	36
1919	766	3	25	28
	7303	19	175	194

Die Gesamtzahl des Basler Sektionsmaterials kommt derjenigen des Hamburger Krankenhauses « St. Georg » (8567) ziemlich nahe, der Prozentsatz der gesamten Leberkarcinome ist in beiden Statistiken ziemlich gleich: Hamburg — 2,9%, Basel — 2,7% sämtlicher Sektionen. Dagegen findet sich ein bemerkenswerter Unterschied in dem Verhältnis der primären zu den sekundären Leberkarcinomen.

	Gesamte Leberkarc.	Prim. Leberkarc.	Prozentzahl.
Kiel	243	10	4,1
Hamburg	246	4	1,6
Basel	194	19	9,8
Tokyo	293	53	18,9
Kioto	52	15	28,8
Kyushu	148	57	38,5

Danach ist in Basel das primäre Leberkarcinom 6 Mal häufiger als in Hamburg, wie dies auch englische Autoren für England gefunden haben, und in Japan 2—4 Mal häufiger als in Basel. Die oben für Japan angegebenen Zahlen, welche den « Beiträgen zur Kenntnis des primären Leberkrebses » von Dr. Masaharu Jamane (Bern 1921) entnommen worden sind, beweisen, dass dort die Krankheit keine Seltenheit ist, wie in Europa, worauf schon seitens vieler japanischer Autoren öfters aufmerksam gemacht wurde.

Um die Frage zu beantworten, ob das primäre Leberkarcinom in der Schweiz und in England wirklich häufiger ist als in Deutschland, müssen wir die Häufigkeit der Karcinome überhaupt mit der Zahl der primären Leberkarcinome vergleichen.

	Gesamte Krebszahl.	Prim. Leberkarc.	Prozentzahl.
Charité (Orth)	713	2	0,28
Urban (Creve)	496	5	1,008
St. Georg	8567	4	0,04
Bürgerspital (Hedinger)	883	16	1,8

Von den 19, im Basler Pathologischen Institut obducierten primären Leberkarcinomen, wurden 11 vorher auf der Medizinischen Klinik längere oder kürzere Zeit beobachtet. Diese relativ grosse Zahl von klinischen Beobachtungen gab Veranlassung, das klinische Bild des primären Leberkarcinoms zu beschreiben und es mit den bei den Autopsien erhobenen Befunden zu vergleichen. Das Resultat ist folgendes:

1. Aetiologie.

a) *Häufigkeit.* Primärer Leberkrebs kommt in Basel häufiger vor als in Deutschland, weit seltener aber als in Japan.

b) *Primärer Leberkrebs* und *Zirrhose.* 6 Fälle von 11 zeigten eine ausgesprochene Zirrhose, was auf einen genetischen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen hinweist.

c) *Primäres Leberkarcinom* und *Alkohol.* 5 Fälle (wovon 4 mit Zirrhose) haben intra vitam starken Alkoholabusus zugegeben.

d) *Primäres Leberkarcinom* und *Tuberkulose.* 2 Fälle (beide ohne Zirrhose).

e) *Primäres Leberkarcinom* und *akute Infektionskrankheiten.* 4 Fälle. Der genetische Zusammenhang beider Krankheiten ist zweifelhaft.

f) *Heredität.* Konnte nur in einem Falle konstatiert werden.

g) *Geschlecht.* Neben 8 männlichen 3 weibliche Kranke.

h) *Alter.* 1 im fünften, 3 im sechsten, 3 im siebten, 4 im achten Jahrzehnt.

2. Pathologische Anatomie.

a) Nach dem mikroskopischen Aussehen unterscheiden wir:

1. Cancer massif (4 Fälle).
2. Cancer nodulaire (1 Fall).
3. Diffuser Krebs.
4. Cancer avec cirrhose (6 Fälle).

b) Nach dem mikroskopischen Aussehen unterscheidet Kaufmann:

1. Alveolartypus (4 Fälle).
2. Balken- und Schlauchform (3 Fälle).
3. Adenokarcinom (4 Fälle).

c) Ausgangspunkt des Karcinoms (nach Wegelin, Jamagiwa, Kikas):

1. Leberzellkarcinome (9 Fälle).
2. Gallengangskarcinome (2 Fälle).

3. Symptomatologie und Verlauf.

Das Symptomenbild und der Krankheitsverlauf des primären Leberkarcinoms unterscheidet sich nicht wesentlich von den Erscheinungen des sekundären Leberkarcinoms. Wenn bei diesen der primäre Tumor keine lokalen Symptome macht, z. B. beim primären Pankreaskarcinom, so lässt sich die Frage gar nicht entscheiden, ob es sich um einen primären oder sekundären Krebs handelt. Die Symptomatologie des primären Leberkarcinoms ist dagegen verschieden, je nachdem der Tumor ohne vorausgegangene Erkrankung in einer primär gesunden Leber sich entwickelt, oder auf dem Boden einer Zirrhose entsteht. Im letzteren Falle besteht auch klinisch zunächst das Bild einer Leberzirrhose, deren maligner Charakter intra vitam oft garnicht erkannt werden kann.

Wir unterscheiden *lokale* und *allgemeine* Krankheitszeichen.

1. *Lokale* Erscheinungen (abhängig vom Sitz, Grösse und Wachstum des Tumors):

a) Dumpfes, drückendes *Schmerzgefühl* (1 Fall), welches wohl auf eine stärkere Spannung der Leberkapsel infolge des durch den wachsenden Tumor vermehrten Innendruckes zurückzuführen ist und durch Vermittlung des Nervus phrenicus in die obere Brust und die rechte Schulter ausstrahlt. Heftige Schmerzen sprechen meist für ein intensives Wachstum des Tumors.

b) *Intensives Wachstum.*

c) *Kompressionserscheinungen.*

Entwickelt sich der Tumor besonders im rechten Leberlappen nach oben, so verdrängt er das rechte Zwerchfell und die rechte Lunge, ohne dass sich derselbe nach dem Abdomen hin besonders vergrössert erweist. Bei Kompression oder Thrombenbildung in

grösseren Pfortaderästen kommt es zu Stauung im Ursprungsgebiet der Pfortader mit Ascites (10 Fälle), Milztumor (7 Fälle), Stauungskatarrhen, Blutungen im Magen-Darmtraktus (1 Fall).

Kollateralkreislauf in der vorderen Bauchhaut (Caput medusae) wurde nur bei starken Stauungserscheinungen beobachtet (3 Fälle).

Die Kompression der intrahepatischen Gallengänge durch Tumormassen führt zu Stauungsikterus (7 Fälle).

2. Neben diesen lokalen, auf eine Erkrankung der Leber selbst hinweisenden Symptomen, haben wir noch *Störungen des Allgemeinbefindens* und *Stoffwechsels*, wie allgemeine Schwäche, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Abneigung gegen gewisse Speisen, besonders Fett, Fleisch und Fisch (2 Fälle) und kurz vor dem Exitus Anämie (3 Fälle) und Krebskachexie zu unterscheiden.

4. Diagnose.

Die Diagnose des Leberkarcinoms im vorgeschrittenen Stadium, wenn Tumoren palpabel sind, ist leicht. Dagegen ist die Entscheidung, ob ein primärer oder sekundärer Krebs vorliegt, selten mit Sicherheit möglich. So erklärt es sich, dass nur einmal unter den 11 Fällen die Diagnose intra vitam sicher gestellt werden konnte, 4 Mal konnte wohl ein Karcinom, aber nicht sein Charakter festgestellt werden. Noch schwieriger ist die Diagnose im Anfangsstadium, wo der Tumor noch nicht palpabel ist und die Symptome einer Lebercirrhose im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen

5. Prognose.

Die Prognose ist ungünstig, wenn das primäre Leberkarcinom klinisch manifest geworden ist. Die Beschwerden sind lange Zeit so unbedeutend, dass der Kranke meist zu spät zum Arzte kommt, wo eine Heilung schon lange ausgeschlossen ist. Bei allen zweifelhaften Fällen ist deshalb die Probelaparotomie angezeigt.

6. Therapie.

Sie richtet sich nach dem Stadium des Krankheitsprozesses. Im beginnenden Stadium ist ein chirurgischer Eingriff stets zu versuchen. Ein einzelner, nicht zu grosser Knoten wird exzidiert und darauf eine energische Röntgentiefentherapie durchgeführt. Inoperable, aber nicht desolate Fälle sollen unbedingt bestrahlt werden, da dadurch eine Verkleinerung des Tumors und eine Hebung des Allgemeinbefindens häufig erreicht wird. In weit vorgeschrittenen Fällen mit den Zeichen der Kachexie und Metastasenbildung bleibt nur noch eine symptomatische Behandlung übrig.

Friedrich Reinhardt, Basel.